

Postępowanie w stanach dysforycznych i zaburzeniach kontroli impulsów

Janusz Heitzman

Wprowadzenie

Stany dysforyczne są psychicznym lub fizycznym uzewnętrznianiem negatywnych emocji, takich jak gniew, wściekłość czy złość, a forma tej ekspresji ma charakter agresji słownej i/lub ruchowej, często nieadekwatnej do sytuacji. Zazwyczaj ze stanem dysforycznym współlistnieje upośledzenie (w różnym stopniu) krytycyzmu i zdolności do samokontroli.

Stany dysforyczne towarzyszą licznym chorobom i zaburzeniom psychicznym. Spotykamy się z nimi w zaburzeniach o podłożu organicznym, stanach upicia alkoholowego i narkotycznego odurzenia, schizofrenii, zespołach urojeniowych, paranoi i parafrenii, depresji i manii, zaburzeniach lękowych i związanych ze stresem, zaburzeniach adaptacyjnych, zaburzeniach osobowości. Mogą się też ujawniać w specyficznych stanach fizjologicznych (dysforia przedmiesiączkowa, stany preagonalne), chorobach somatycznych (szczególnie metabolicznych, endokrynologicznych, zakaźnych, neurologicznych, niewydolności krążeniowo-oddechowej), ostrym i przewlekłym bólu.

Stany dysforyczne nie występują jako odrębna jednostka w klasyfikacjach.

Definicje i modele impulsywności

Kategoryzacje diagnostyczne nie wyróżniają ani takiej grupy, ani jednostki, jak zaburzenia (zaburzenie) dysforyczne. Klasyfikacja ICD-10 nie wyodrębnia nie tylko zaburzenia dysforycznego, ale też zaburzenia kontroli impulsów, które natomiast pojawia się w DSM-IV-TR, jako niemożność powstrzymania impulsu, popędu lub żądzy popełnienia czynu, który jest szkodliwy dla nas samych lub innych. Działania impulsywne cechuje nadmiernie szybka (bez zastanowienia) odpowiedź, oderwana od kontekstu zewnętrznego i wewnętrznego. Często charakterystyczne są działania nie dające żadnych korzyści lub zysku, nieadekwatne do zamiaru, obniżony krytycyzm, niewykorzystanie intelektu do modyfikacji swojego zachowania oraz występujące po nim oszołomienie, żal i skrucha. Impulsywność można również definiować jako cechę osobowości związaną z chwiejnością afektywno-poznawczą, zapalczywością i brakiem zdolności do rozpatrywania konsekwencji swojego działania.

Zaburzenia kontroli impulsów jako grupa nieheterogenna, a wywodząca się z objawów różnych, współwystępujących niekiedy, zaburzeń psychicznych, wymaga za każdym razem indywidualnego podejścia. Klasyfikacja DSM-IV wyróżnia zarówno zaburzenia kontroli impulsów nie sklasyfikowane gdzie indziej (np. kleptomania, piromania, OCD), jak i zaburzenia impulsywne mieszczące się w spektrum objawów takich chorób i zaburzeń, jak:

- zaburzenia nastroju
- schizofrenia
- zaburzenia jedzenia
- używanie substancji psychoaktywnych
- borderline i antysocjalne zaburzenia osobowości
- parafilie
- zaburzenia przewodnictwa nerwowego
- ADHD (u dzieci i dorosłych)
- zaburzenia neurologiczne z rozhamowaniem.

Ze względu na charakter czynnika wyzwalającego, wyróżniamy następujące specyficzne modele impulsywności, w których impuls jest wywoływany pragnieniem zaspokojenia potrzeby, zmianą nastroju i stanem niepokoju:

- Model uzależnienia
 - czynnik wyzwalający: pragnienie („głód” alkoholowy, narkotyczny) → impuls
- Model afektywny
 - czynnik wyzwalający: zmiana nastroju (gniew) → impuls
- Model kompulsywny
 - czynnik wyzwalający: niepokój → kompulsje/impuls.

Postępowanie

Można przyjąć, że zarówno zaburzenia dysforyczne, jak i zaburzenia kontroli impulsów, choć nie tożsame, przybierają często podobną formę ryzykownego zaburzonego zachowania o charakterze agresywnym bądź autoagresywnym, wymagającym lub nie wymagającym szybkiej i doraźnej interwencji, nierzadko z zastosowaniem przymusu bezpośredniego.

Stany dysforyczne i zaburzenia kontroli impulsów wymagają szybkiej i skutecznej interwencji medycznej z uwagi na rozwijające się niekiedy w sposób eksplozywny potencjalne zagrożenie dla życia i zdrowia innych oraz samego siebie. Natychmiastowa interwencja medyczna nie może opierać się wyłącznie na farmakoterapii. Z uwagi na możliwy opór, natychmiastowe podanie leku stabilizującego i zmniejszającego napęd psychoruchowy i agresję może być niewykonalne. Poza tym czas uzyskania efektu terapeutycznego leku to co najmniej kilka, kilkanaście minut, gdy tymczasem decydujące mogą być sekundy.

Najważniejsze w postępowaniu w stanach dysforycznych i zaburzeniach kontroli impulsów z zachowaniami agresywnymi jest ograniczenie czynnej agresji i niedopuszczenie do siłowej konfrontacji. Podstawowy warunek, który temu w sposób

szczególny sprzyja, to przekonanie osoby agresywnej, że interwencja nie jest dla niej zagrażająca, a osoby, które ją podejmują, nie są anonimowe. Poinformowanie, kim się jest, może zmniejszyć jej niepokój i nie będzie prowokowało do wzbudzenia reakcji agresywno-obronnej.

Negocjacje

Podstawą skutecznej interwencji medycznej w stanach dysforycznych i zaburzeniach kontroli impulsów, które grożą szczególnie ryzykownym i niebezpiecznym zachowaniem, jest możliwie jak najszybsze nawiązanie jakiegokolwiek kontaktu z osobą agresywną. Odroczenie zachowania niebezpiecznego, jakimkolwiek sposobem, nawet o kilka sekund, może być decydujące o zdrowiu i życiu. Trudno nazwać nakłanianie osoby agresywnej do odłożenia niebezpiecznego narzędzia psychoterapią. Bardziej właściwe będzie określenie działania przeciwdziałającego agresji interwencją kryzysową lub negocjacją.

Podstawą skutecznej negocjacji jest zidentyfikowanie agresji i osoby agresywnej. Nawiązanie bezpośredniego kontaktu z osobą agresywną pozwoli na:

- wygaszenie progresywnych sygnałów środowiskowych
- ograniczenie dostępności do narzędzi agresji (broń, przedmioty niebezpieczne)
- dopuszczenie do ekspresji agresywnych emocji (obniżenie prawdopodobieństwa agresji fizycznej)
- przełożenie agresji fizycznej na werbalną
- przeniesienie wektora agresji z osoby na przedmiot
- unikanie zapowiedzi kary
- negowanie agresji jako próby rozwiązywania konfliktu.

Zasadniczym celem negocjacji jest również zniwelowanie ryzyka powrotu do agresji w przyszłości. By negocjacje spełniły swój cel, konieczne jest odpowiednie przygotowanie negocjatora do podjęcia tej roli. Jego efektywność jest zależna od:

- wiary w powodzenie negocjacji
- przejścia szerszego zakresu negocjacji
- przekonania o atrakcyjności własnej propozycji
- zabezpieczenia przed patem (wyście awaryjne, plan awaryjny)
- przekonania osoby agresywnej, że coś wywalczyła
- nieodpowiadania własną agresją
- przełamywania wrogości osoby agresywnej
- panowania nad czasem

Przymus bezpośredni

Wskazania podjęcia interwencji z zastosowaniem przymusu bezpośredniego są regulowane przepisami Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Nie ma w tym wypadku znaczenia, jakie zostanie postawione rozpoznanie, ważne jest jedynie stwierdzenie, że zachowanie zagrażające występuje w związku z zaburzeniami psychicznymi. W przypadku stanów dysforycznych i zaburzeń kontroli impulsów ryzyko zachowań

zagrożających jest szczególnie częste. Bezwzględne wskazania do stosowania przymusu bezpośredniego, polegającego zgodnie z ustawą na przytrzymaniu, unieruchomieniu, przymusowym podaniu leków i izolacji, to:

- czynne i bezpośrednie stwarzanie zagrożenia dla życia i/lub zdrowia innych i swego
- gwałtowne niszczenie lub uszkodzanie dóbr chronionych prawem
- zagrożenie powszechnemu bezpieczeństwu.

Obowiązujące prawo nie oczekuje od podejmujących interwencje medyczne czynów heroicznych, mogących narazić ich na utratę zdrowia czy nawet życia. Bezpieczeństwo ratownika jest priorytetowe. Zalecenia dotyczące technicznych zasad przymusu bezpośredniego precyzują np. liczbę osób, jaka powinna być zaangażowana w unieruchomienie osoby pobudzonej. Dla lekarza jest zarezerwowane decydowanie o przymusie bezpośrednim (z wyjątkami) i jego zatwierdzanie (dokumentowanie). Zgodnie z ustawą ratownik medyczny lub inny pracownik medyczny podejmujący interwencję może oczekiwać pomocy ze strony zobowiązanej do tego policji i straży pożarnej. W praktyce regulaminy wewnętrzne szpitala mogą do udzielania pomocy zobowiązywać inne służby działające na jego terenie, jak np. pracowników ochrony.

Leczenie farmakologiczne

Podejmowane leczenie farmakologiczne w stanach dysforycznych i zaburzeniach kontroli impulsów powinno być:

- jak najszybsze
- objawowo skuteczne
- bezpieczne i uwzględniające stan somatyczny osoby agresywnej
- w miarę możliwości zaakceptowane przez nią.

Wskazaniami do jego stosowania, poza wymienionymi przesłankami przymusu bezpośredniego, są:

- zakłócanie ogólnie przyjętych norm współżycia społecznego
- upośledzenie krytycyzmu i samokontroli
- nagłość reakcji impulsywnych i dysforycznych sprzeczna z dotychczasowym zachowaniem chorego i jego osobowości
- dotychczasowy przebieg zaburzeń ryzykownych i stwarzających zagrożenie
- zła prognoza w przypadku odstąpienia od farmakoterapii.

By zrealizować podstawowe cele leczenia farmakologicznego w stanach dysforycznych, optymalne jest zastosowanie leku w formie iniekcji domięśniowej. W przypadku pobudzonego pacjenta, który nie wyraża zgody na podanie leku, iniekcje stosuje się po jego unieruchomieniu.

Odpowiedni dobór leku, który znajdzie zastosowanie w stanie dysforycznym i zaburzonej kontroli impulsów z zachowaniem agresywnym i niebezpiecznym, jest zależny od stanu somatycznego pacjenta oraz wyjściowego stanu psychopatologicznego. Nie można stosować tego samego leku u osoby znajdującej się pod wpływem alkoholu, środków odurzających, w stanach zaburzeń świadomości wywołanych zaburzeniami

metabolicznymi czy organicznymi uszkodzeniami OUN, w stanach psychotycznych, padaczkę, zaburzeniach osobowości. Konieczność dokonania szybkiej diagnostyki przed podaniem leku musi w miarę możliwości uwzględniać szkodliwe, nieskuteczne lub paradoksalne działanie leku.

Podstawowe zasady stosowania leków u pacjentów pobudzonych i agresywnych są opisywane w zaleceniach leczenia poszczególnych zaburzeń.

Mimo istniejących wątpliwości, tzw. względnych przeciwwskazań i ryzyka,

- doraźne stosowanie benzodwazepin jest skuteczne w padaczkę, zaburzeniach świadomości, cięży;
- neuroleptyki o silnym działaniu uspokajającym (clonixol, clonixol acuphase) znajdują zastosowanie w psychozach;
- klometiazol (Heminervin) można podać: w pobudzeniu w stanie majaczenia alkoholowego, splątaniu z pobudzeniem w wieku podeszłym, zespołach abstynencyjnych;

Stosowanie leków trankwilizujących w stanach upicia alkoholowego jest możliwe jedynie przy pełnym zabezpieczeniu medycznym podstawowych funkcji życiowych.

W długoterminowym leczeniu impulsywności w przewlekających się stanach dysforycznych i zaburzeniach kontroli impulsów znajdują zastosowanie następujące grupy leków:

- SNRI
- SSRI
- leki agonistyczne wobec receptora 5-HT 1A
- leki antagonistyczne wobec receptora 5-HT 2
- lit
- leki przeciwpadaczkowe
- atypowe i klasyczne neuroleptyki
- beta-blokery
- leki agonistyczne wobec receptora α 2 (np. klonidyna, guanfacyna)
- antagoniści receptorów opioidowych (np. naltrexon)
- agoniści receptora dopaminy (np. leki pobudzające, bupropion).

Hospitalizacja

Stany dysforyczne i zaburzenia kontroli impulsów nie są bezpośrednio związane z koniecznością hospitalizacji. Pobyt w szpitalu może być zasadny z uwagi na przebieg podstawowego schorzenia, w trakcie którego pojawiają się opisywane stany. Hospitalizacja zazwyczaj jest powiązana z przymusem bezpośrednim, i okolicznościami jego zastosowania, oraz możliwym rozwojem zaburzeń. Uporczywość i dokuczliwość objawów związanych z dysforią i impulsywnością może być oceniana przez osobę cierpiącą krytycznie, co będzie wiązało się z akceptacją zalecanego leczenia i jego formy.

Algorytm postępowania w stanach dysforycznych i zaburzeniach kontroli impulsów

